

Accord de la patiente

Analyse non remboursée (DPNI)

Dépistage des trisomies 21, 18, 13 par ADN libre circulant

COORDONNEES DE LA PATIENTE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

Cher Confrère,

Vous avez prescrit un dépistage des trisomies 21, 18, 13 par ADN libre circulant (DPNI) (Non Remboursé) pour **votre patiente** :

Mme née le

Selon la nomenclature des actes de biologie médicale, cette analyse est prise en charge **uniquement** si l'indication est :

1. Risque des MSM > 1/1000
2. Grossesse gémellaire
3. Antécédent de grossesse avec trisomie 21
4. Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21.

Merci de joindre au **bon de demande** accompagnant le prélèvement, ce **document complété par vos soins et signé** par la patiente, et nous l'adresser soit :

- Par fax : **04 72 80 25 79**
- Par mail : **secretariat.genetique@biomnis.eurofinseu.com**
- Par courrier : **Secrétariat Génétique
Eurofins Biomnis
BP 7322
69357 LYON cedex 07**

La patiente accepte de régler cette analyse : **398 €**

Date :

Signature de la patiente